

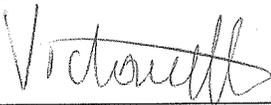
**INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO
DE FUNCIÓN AÑO 2025.**

Mes	JULIO
------------	--------------

Nombre	VICTORIA ELICER SARROCA
RUT	██████████
Profesión	TERAPEUTA OCUPACIONAL
Departamento	DISCAPACIDAD
Programa Social	APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025
Período del Contrato	01/01-31/12
Función Genérico	GESTOR TECNICO COMUNITARIO
Función Especifico	DESARROLLAR FUNCIONES EN SU AMBITO PROFESIONAL, EJECUTANDO ACTIVIDADES PARA LOS BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA.

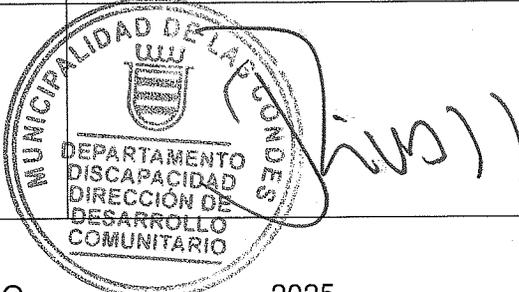
Actividad es efectuadas en el mes:

EVALUACIONES INTEGRALES DE TERAPIA OCUPACIONAL
ATENCIONES INDIVIDUALES DE TERAPIA OCUPACIONAL
VISITAS DOMICILIARIAS DE TERAPIA OCUPACIONAL
REALIZAR PLANES CONSENSUADOS DE TRATAMIENTOS PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
REALIZACIÓN DE FIRMA PARA AUTORIZACION DE USO DE IMAGEN PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
REALIZAR EVALUACIONES Y OBJETIVOS PARA CADA ATENCIÓN PARTICULAR
COORDINACION TELEFONICA Y VÍA MAIL, PARA AGENDAR HORAS DE EVALUACION Y TRATAMIENTO A USUARIOS DEL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD QUE POSTULAN AL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL
TRABAJO ADMINISTRATIVO PARA EL REGISTRO DE ASISTENCIA DE USUARIOS Y REGISTRO DE ATENCIONES EN EL SISTEMA SOCIAL
REUNIONES DE DEPARTAMENTO PARA ORGANIZACIÓN DE TAREAS ADMINISTRATIVAS, DECOM
REUNIONES DE EQUIPO TERAPEUTICO PARA ORGANIZACIÓN DE TEREAS ADMINISTRATIVAS EN CASA ENCUESTRO
ORGANIZACIÓN DE ESPACIOS Y MATERIALES NECESARIOS PARA LAS SESIONES
REALIZACIÓN DE MATERIALES ACORDES PARA CADA OBJETIVO DE LAS SESIONES
CHARLA SOBRE EL TEA A MONITORES DE INVIERNO

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	---

El jefe (S) del Departamento de Discapacidad, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. **Victoria Elicer Sarroca**, RUT: [REDACTED] dio cabal cumplimiento durante el mes **JULIO de 2025**, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa **APOYO A PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2025**.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de **JULIO** de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. **Victoria Elicer Sarroca**

Nombre Jefe (S) Departamento	JUAN MANUEL RIVAS SANHUEZA
Firma y timbre Jefe (S) Departamento	

Las Condes, **JULIO** **2025**
mes de año